Tracts 1358. 158.

QUESTIONS TIRÉES AU SORT.

N° 32.

1.

SCIENCES ACCESSOIRES.

Indiquer les particularités les plus remarquables des plantes de la famille des orchidées, et les médicaments qu'elle fournit.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

Quelles sont les sources d'où proviennent les artères, les veines et les nerfs de l'utérus ?

SCIENCES CHIRURGICALES.

Des différentes tumeurs des lèvres et de leur traitement.

SCIENCES MÉDICALES.

Histoire anatomique des tissus fibreux de nouvelle formation

Thèse

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE

à la Faculté de Médecine de Montpellier, le 26 Mars 1841 ;

PAR

F.-A. Ch. Winckler,

d'Altkirch (HAUT-RHIN),

Chirurgien militaire aux Ambulances de l'armée d'Afrique.

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND

MONTPELLIER,

VEUVE RICARD, NÉE GRAND, IMPRIMEUR, PLACE D'ENCIVADE.

1841.

Digitized by the Internet Archive
in 2016

https://archive.org/details/b22372349

A LA MÉMOIRE

DE MON PÈRE ET DE MA MÈRE.

C. WINCKLER.

A

MES FRÈRES ET A MES SŒURS.

A MES AMIS.

C. WINCKLER.



ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

—

Quelles sont les sources d'où proviennent les artères, les veines et les nerfs de l'utérus ?

La structure de l'utérus a été le sujet des recherches de beaucoup d'anatomistes et d'accoucheurs distingués ; elle a été aussi la cause d'une foule de discussions : c'est ainsi qu'on a voulu ne voir dans la matrice que du tissu fibreux qui, par suite de la fluxion résultat de la grossesse, se changeait en tissu musculaire. Cependant il est bien reconnu maintenant que, même dans l'état de vacuité, le tissu utérin possède des fibres musculaires qui deviennent seulement plus apparentes, plus prononcées par suite de la présence du fœtus ; et d'ailleurs M. Cruveilhier n'a-t-il pas démontré que le tissu musculaire n'est jamais le produit de transformations organiques ? Et les auteurs sont encore partagés sur cette question, savoir si la cavité utérine est ou non tapissée par une muqueuse. Mais en nous renfermant dans les termes de notre question, qui ne sait qu'avant les dissections de Tiedmann et ses belles planches, on doutait de la présence des nerfs dans l'épaisseur de cette cavité ? C'est ainsi que, depuis les beaux travaux de Scarpa, on ne doute plus que le cœur ne reçoive des nerfs, et même d'assez nombreux. Quant aux filets nerveux du corps utérin, ils proviennent de plusieurs sources. Les plexus

ovariques, fournis surtout par les plexus rénaux, envoient quelques filets à la matrice en suivant le trajet des vaisseaux de l'ovaire qui vont à l'organe de la conception : la plupart pourtant des nerfs utérins proviennent du plexus hypogastrique. La source du système vasculaire n'a donné lieu à aucune discussion : tout le monde peut voir les artères qui de l'hypogastre se portent à l'utérus, ou bien qui de l'ovaire se prolongent jusqu'à cet organe. On connaît encore les nombreuses flexuosités que décrivent ces vaisseaux ; et ces flexuosités existent non-seulement dans l'état de vacuité, mais elles persistent à l'époque de la grossesse : les veines accompagnent les artères, et vont se rendre en grande partie dans la veine hypogastrique.

SCIENCES ACCESSOIRES.

Quelles sont les principales particularités de la famille des orchidées? Dire les médicaments qu'elle fournit à la médecine.

Les orchidées constituent un des groupes les plus naturels du règne végétal ; elles sont monocotylédonées. Classées dans les phanérogames à étamines épigynes de M. de Candolle, elles font partie de la monosymphysogynie de M. Richard. Leurs racines sont composées de fibrilles surmontées de tubercules plus ou moins arrondis, appelés bulbes; ces bulbes, au nombre de deux, ont une grandeur inégale : l'un est petit, ridé, presque vide ; l'autre, au contraire, est plein et bien rempli : cette différence vient de ce que le premier, servant d'alimentation à la tige de la plante qui est annuelle, se dessèche et périt après un certain temps, tandis que le second doit fournir la tige de l'année suivante. Ainsi un tubercule disparaît chaque année en même temps qu'un nouveau apparaît du côté opposé : ainsi la plante change successivement de place, mais ce n'est plus par un mouvement analogue à celui des animaux, par une véritable contractilité. La tige est herbacée dans nos climats, et porte à la base des feuilles alternes et engaînantes dont les nervures sont parallèles. Dans quelques espèces, elle est sarmenteuse et rampante; elle grimpe alors sur les rochers et les arbres, et, véritable parasite, elle pousse, des nœuds qu'on remarque de distance en distance, une foule de petites racines qui s'implantent dans leur écorce : les fleurs sont disposées en épi et en grappes terminales; leur calice est d'une couleur variable, pétaliforme; du milieu de la fleur s'élève une colonne charnue qu'on regarde comme le style, et qui porte tout à la fois les organes

sexuels mâle et femelle. Il n'y a pour chaque fleur qu'une seule étamine dont le filet est soudé avec le style et le stygmate ; enfin, le fruit est une capsule.

Aucune plante de cette nombreuse famille n'est douée de propriétés vénéneuses ; les feuilles de quelques-unes, après s'être desséchées, exhalent une odeur agréable et aromatique, mais faible ; enfin, les orchidées nous fournissent le salep et la vanille.

Le salep, appelé encore salap ou salub, est une poudre que l'on fait avec les bulbes de plusieurs espèces d'orchis ; le plus beau et le meilleur salep est fourni par l'*orchis muscula*, connu vulgairement sous le nom de satirion, testicule de chien. Pour préparer le salep, on prend les bulbes nouveaux qu'on fait bouillir à grande eau jusqu'à ce que quelques-uns commencent à se résoudre en pâte mucilagineuse ; on les fait alors sécher au soleil ou à l'étuve, et on les réduit en poudre en les pilant dans un mortier de fer. Du reste, le salep que nous fournissent les orchis indigènes peut assez bien remplacer celui que l'on tire d'Orient : c'est une poudre nourrissante et analeptique ; on peut donc la prescrire aux personnes que des pertes excessives ont affaiblies, aux convalescents qui sortent d'une longue maladie. Les propriétés nourrissantes du salep, et le grand nombre d'orchis indigènes, ont porté M. Richard à penser que, dans les temps de disette, la récolte de ces tubercules offrirait de grandes ressources pour la nourriture de la classe pauvre. Le salep est surtout employé en thérapeutique dans le cas de diarrhée chronique avec ulcération intestinale.

La vanille est retirée du fruit de l'*epidendrum vanilla* de Linnée. On l'appelle encore *vanilla aromatica* ou *siliqua* ; elle est remarquable par le parfum exquis qu'elle exhale. Il n'existe peut-être pas de principe aromatique d'une odeur plus suave, plus délicieuse ; sa saveur est aussi douce et agréable. La vanille est beaucoup employée comme aromate ; aussi est-elle très-recherchée. C'est avec la pulpe du fruit qu'on communique au chocolat cette odeur suave qui le rend très-agréable et d'une digestion facile. La vanille exerce sur l'économie une action tonique et stimulante qui se porte principalement sur le tube alimentaire ; elle accélère et facilite la digestion, stimule vivement le système nerveux, en même temps qu'elle rend la circulation plus rapide. On l'a long-temps considérée comme un

puissant aphrodisiaque; elle a été vantée par quelques auteurs comme diurétique et diaphorétique : ces différents effets de la vanille paraissent dépendre de l'excitation générale qu'elle détermine dans l'économie. Cependant l'usage immodéré de la vanille finit par fatiguer l'estomac, épuise les forces, et cause des lésions organiques graves. D'après ce peu de mots, il est facile de prévoir dans quels cas on emploie ordinairement la vanille : ainsi ce médicament sera très-utile dans les convalescences longues, avec faiblesse du tube digestif, pour ranimer les forces affaiblies, et donner du ton à l'estomac qui digérera mieux; mais aussi on fera bien de prescrire tout autre tonique aux personnes délicates, douées d'une grande irritabilité.

Pour obtenir la belle vanille, on cueille les fruits de la plante qui la fournit un peu avant leur maturité; on prétend qu'à cette époque, ils possèdent plus de principe aromatique; on les fait ensuite sécher lentement, et on retire les petites graines noires qui sont déposées dans les valves charnues de la silique.

SCIENCES CHIRURGICALES.

Des différentes tumeurs des lèvres et de leur traitement.

Les lèvres peuvent être affectées de différentes tumeurs dont les unes ne sont qu'un objet de difformité, tandis que les autres entraînent des dangers plus ou moins graves et quelquefois la mort ; nous allons bientôt les passer toutes en revue. Qu'il nous soit permis avant de dire deux mots sur la structure de ces voiles mobiles.

Différentes couches les composent. Des parties superficielles aux profondes, nous trouvons la peau, le muscle orbiculaire, une couche glanduleuse, une membrane muqueuse : du tissu cellulaire plus ou moins dense unit toutes ces parties ; des vaisseaux, des nerfs les parcourent. Nous ferons observer ici que beaucoup de fibres de l'orbiculaire des lèvres vont adhérer intimement à la peau, et ce qui a lieu pour l'orbiculaire a lieu aussi pour les autres muscles de la face ; aussi peut-on les considérer tous comme de véritables peauciers ; ce qui, du reste, était indispensable pour servir aux différentes expressions de la physionomie. Les vaisseaux qui nourrissent ces parties sont assez volumineux et viennent de plusieurs points. Est-il étonnant que, dans certaines circonstances, les lèvres semblent s'ériger comme si elles étaient formées par du tissu érectile ? Est-il étonnant que des tumeurs fongueuses sanguines se présentent si souvent dans cette partie ?

Du reste, comme je l'ai déjà dit, des tumeurs de différente nature se présentent souvent aux lèvres.

Il n'est pas rare de rencontrer des individus dont la membrane muqueuse labiale a une étendue trop considérable ; celle-ci forme alors un véritable bourrelet muqueux plus ou moins saillant et qui tend à ren-

verser la lèvre en dehors quand le malade veut rire ou parler. Cette difformité peut être détruite en retranchant une partie de cette muqueuse à l'aide du bistouri ou avec des ciseaux courbes sur le plat. Dans ce cas, on n'a affaire qu'à un vice local qui n'entraîne ordinairement qu'une légère incommodité. Mais la tuméfaction des lèvres, de la supérieure surtout, est souvent, pour le médecin instruit, l'indice certain d'un vice général de l'économie.

Qui ne sait que l'épaisseur de la lèvre supérieure est très-commune chez les individus scrofuleux? Cette épaisseur peut même être portée au point d'altérer la physionomie du malade : ici c'est surtout le tissu cellulaire qui est épaissi, infiltré; ce sont les glandules labiales qui sont affectées. Qu'on ne s'y méprenne pas; ce n'est là qu'un symptôme d'un état morbide général. Ce n'est pas ce symptôme qu'il faut attaquer : toute opération est inutile, du moins tant que l'organisme lui-même n'a pas été modifié, tant que le vice général n'a pas été détruit. On ne devrait tenter une opération que dans le cas où le mouvement des lèvres serait fortement gêné.

Dans le gonflement scrofuleux des lèvres, il y a, avons-nous dit, épaississement, infiltration du tissu cellulaire, maladie des glandules labiales; les muscles, au contraire, sont pâles, décolorés, ordinairement amincis, et d'ailleurs l'individu qui présente cette tuméfaction porte ordinairement d'autres caractères qui indiquent très-bien son état scrofuleux. Mais cet épaississement des lèvres peut être dû à l'hypertrophie du muscle orbiculaire lui-même : c'est ce qu'on voit surtout chez les nègres. Ici on ne peut accuser aucun état morbide général; c'est un état normal qui caractérise assez bien cette race.

Dans ces différents cas, c'est surtout la lèvre supérieure seule qui est épaissie ; mais des tumeurs peuvent aussi se présenter à la lèvre inférieure; on voit assez souvent s'élever, au-dessous de la muqueuse de cette lèvre, de petits kystes remplis d'une matière visqueuse et glaireuse. Ces tumeurs enkystées, tant qu'elles sont petites, ne causent que peu d'incommodité ; mais en augmentant de volume, elles peuvent gêner les mouvements des lèvres; elles peuvent même nuire alors à la mastication et à la prononciation : c'est ce qu'a vu Boyer pour des tumeurs en-

kystées qui avaient le volume d'une noix. On peut croire d'abord que l'opération, dans ce cas, est très-simple, et la guérison facile à obtenir, et qu'il suffira d'une incision pour évacuer la matière visqueuse. Nullement; car, par ce moyen, on n'obtiendrait qu'une guérison temporaire : la réunion des bords de la plaie ne tarderait pas à se faire, le kyste se remplirait de nouveau et reprendrait son volume primitif. Voici l'opération conseillée par Boyer : on incise la muqueuse du côté du bord libre de la lèvre par une incision demi-circulaire; on saisit la tumeur avec une érigne et on la dissèque en entier, en ayant soin de ne pas l'ouvrir. La tumeur enlevée, le lambeau muqueux est appliqué sur l'endroit occupé extérieurement par la tumeur, et maintenu immobile en plaçant de la charpie sur la face postérieure de la lèvre, en même temps qu'on exerce à l'extérieur une compression médiocre. La réunion se fait ordinairement en vingt-quatre heures, dit l'auteur du traité des maladies chirurgicales. Que si la tumeur est trop volumineuse, on se contente d'en exciser une partie, et de détruire le reste par la cautérisation : ce moyen serait encore mis en usage si le kyste avait été ouvert dans la dissection qu'on voulait en faire, et que, par suite, on ne pût pas l'enlever en totalité.

Mais hâtons-nous d'arriver à deux sortes de tumeurs qui sont beaucoup plus graves, qui entraînent même quelquefois la mort.

Et d'abord les lèvres, la supérieure surtout, sont assez souvent le siége de tumeurs érectiles. Ce tissu, si bien étudié et décrit par Dupuytren, affecte assez fréquemment ces voiles mobiles; ses caractères anatomiques sont tout-à-fait les mêmes que ceux du tissu érectile naturel. Ces tumeurs sont constituées par un lacis inextricable de vaisseaux capillaires sanguins, artériels et veineux; ces vaisseaux communiquent entre eux par d'innombrables anastomoses, et laissent dans l'intervalle des aréoles semblables à celles qu'on remarque à l'intérieur des corps caverneux. Du reste, tantôt les vaisseaux artériels, tantôt les vaisseaux veineux semblent les composer exclusivement, et cette prédominance des vaisseaux à sang rouge ou des vaisseaux à sang noir est importante à connaître, soit par rapport aux symptômes, soit par rapport au pronostic, soit par rapport au traitement même.

Mais, comme le fait observer le célèbre chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Paris, le tissu érectile n'est pas toujours dans l'état de simplicité que nous venons d'étudier ; il peut être mélangé avec de la matière cancéreuse. C'est à la réunion de ces deux éléments que j'ai donné le nom de fongus hæmatode, continue Dupuytren : cette distinction est importante. En effet, l'homme de l'art est sûr de guérir complètement et à tout jamais son malade, pourvu qu'il enlève en entier la tumeur érectile. Peut-il se promettre un pareil succès quand il a à combattre l'élément cancéreux? Non, certainement; il n'est malheureusement que trop prouvé que le cancer se reproduit alors même qu'il a été enlevé en totalité.

Du reste, les tumeurs érectiles sont la suite, le plus souvent, de ces petites taches de naissance et de ces petits tubercules qu'on appelle envies : c'est dire assez qu'ordinairement elles sont congéniales, et qu'on ne sait trop à quelle cause les attribuer.

Ainsi, dès le début, on n'aperçoit généralement qu'une petite tache rouge et sans relief sur le point de la lèvre où la tumeur érectile se développera. Ce tissu morbide envahit d'abord tantôt le bord libre de la lèvre, tantôt le bord adhérent ; il peut rester, pendant un temps plus ou moins long, à l'état caché pour ainsi dire. Plus tard, quand la tumeur existe, elle peut rester petite, ne pas acquérir un volume considérable; cependant il est des individus qui ont succombé aux progrès de la tumeur érectile des lèvres, qui avait acquis un volume énorme. C'est ainsi qu'un agrégé distingué de cette École, M. Bertrand, a tenté, vers la fin de l'été dernier, de guérir, par la ligature d'une des carotides, un individu qui portait une tumeur érectile excessivement volumineuse des lèvres et de la langue; le malade a succombé trois jours après l'opération : nous tenons ce fait d'un de nos amis qui a assisté à l'opération. Tous les jours, les élèves peuvent voir, à l'Hôtel-Dieu St-Éloi de Montpellier, un jeune adolescent qui a une déperdition considérable de la lèvre supérieure ; cette perte de substance est la suite de l'ablation d'une tumeur érectile volumineuse qui occupait toute la lèvre supérieure, et qui menaçait de faire périr le petit malade. La restauration de la lèvre a été faite sans succès, et pourtant le malade doit s'estimer heureux d'en

avoir été quitte pour cette déperdition de substance. C'est au professeur Serre que cet enfant doit sa guérison.

Ces tumeurs, quel que soit leur volume, offrent dans certains cas une coloration rutilante, peuvent être agitées de mouvements alternatifs d'expansion et de retrait isochrones à ceux des artères, présentent par moment une turgescence considérable, surtout quand le malade pousse des cris ou se met en colère ; c'est alors que, sous l'influence des passions vives, elles deviennent plus saillantes, plus colorées, plus rénitentes au toucher ; la plus légère compression des doigts suffit même quelquefois pour donner lieu alors à un écoulement de sang. Dans d'autres cas, au contraire, la coloration de ces tumeurs des lèvres est plus foncée, bleuâtre, livide ; il n'y a plus de mouvement de dilatation, de retrait ; tout obstacle apporté au retour du sang noir en augmente le volume, la coloration, la consistance. Comme on le voit, les symptômes nous forcent à distinguer ces tumeurs érectiles composées tantôt de vaisseaux artériels, tantôt de vaisseaux veineux. M. Lallemand, dans une de ses cliniques, s'est dernièrement appesanti sur cette distinction ; il pense que les tumeurs érectiles veineuses son moins dangereuses que les autres, parce que leur accroissement est beaucoup plus lent : cette distinction est aussi importante par rapport au traitement ; nous allons voir, en effet, que la ligature des artères a été conseillée pour la guérison des tumeurs érectiles de la première espèce ; mais on pense bien que ce moyen chirurgical ne serait d'aucune utilité dans les tumeurs érectiles de la dernière. Du reste, les tumeurs en général tendent toujours à s'accroître : parvenues à un certain degré, on les a vues s'ouvrir spontanément ; de là des fongosités énormes avec écoulement de matière sanieuse et purulente ; de là des hémorrhagies toujours renaissantes et qui finissent par être cause de la mort du malade.

Plusieurs moyens ont été employés pour détruire ces tumeurs, soit en conservant les parties où siégeait le tissu érectile, soit en les détruisant.

1° La compression a été d'abord conseillée par Boyer pour arrêter les progrès d'une tumeur érectile qui menaçait d'envahir la lèvre supérieure d'un jeune enfant ; ce moyen lui réussit complètement dans ce cas. Ce-

pendant ce célèbre chirurgien ne compte pas beaucoup sur ce procédé, puisque plus loin il conseille de ne recourir à la compression que lorsque la tumeur est située de manière à ne pouvoir être emportée ; néanmoins on pourrait avoir recours à ce moyen, si on avait à combattre une tumeur très-petite, et reposant sur un plan osseux où l'on pût la comprimer exactement.

Dans certains cas, on a vu la compression des vaisseaux artériels qui allaient à la tumeur amener de la flaccidité, de la décoloration, et, par suite, on a essayé de lier ces artères, dans l'idée non-seulement d'arrêter les progrès du mal, mais même de le détruire en entier, d'amener l'affaissement de la tumeur érectile et la disparition de ce tissu anormal. C'est ainsi qu'en Angleterre on a pu, par la ligature de la carotide primitive, détruire un fongus hæmatode de l'orbite qui avait chassé l'œil en avant. Cependant nous avons rapporté le cas de M. Bertrand qui ne fut pas suivi de succès; pourtant il est juste de dire qu'immédiatement après la ligature, la tumeur s'affaissa un peu et pâlit beaucoup. Ce moyen offre des chances de succès ; il a même réussi ; mais aussi, il faut le dire, il échouera souvent, et cela ne nous étonnera pas, si nous réfléchissons à la largeur des communications entre les branches secondaires de l'arbre artériel. Du reste, on devrait, s'il était possible, exercer, après la ligature du tronc principal, une compression exacte sur la tumeur elle-même.

Le professeur Lallemand nous a parlé, dans ses dernières cliniques, d'un procédé opératoire qu'il a mis en usage, depuis quelques années, pour détruire le tissu érectile de nouvelle formation : il s'agit de transformer ce tissu en tissu fibreux. En réfléchissant, dit-il, à la structure du tissu érectile et aux effets d'une inflammation aiguë dans tous les tissus, et surtout dans les tissus aréolaires, on est conduit à employer un procédé qui paraît amener une guérison sûre et facile : l'inflammation, en effet, transforme en tissus fibreux ces tissus érectiles. Voyez ce qui arrive après la torsion du pénis, alors que les corps caverneux sont lésés, une cicatrice fibreuse vient se former là où existait la solution de continuité. Que se passe-t-il dans une chaude-pisse cordée ? le tissu spongieux du canal de l'urètre enflammé n'est plus capable d'érection, et si des moyens con-

venables ne sont pas employés, l'inflammation amène une véritable induration de ces tissus. Par suite de ces considérations, M. Lallemand a tenté, par différents moyens, de rendre les tissus érectiles de nouvelle formation imperméables au sang : il a d'abord incisé la tumeur érectile qu'il voulait oblitérer, dans toute son épaisseur, et a réuni les lèvres de la plaie à l'aide de la suture entortillée; mais les incisions ont un grave inconvénient : c'est qu'elles peuvent occasionner des hémorrhagies qui ne sont pas sans danger. En outre, il ne se forme presque pas de tissu fibreux, parce que la réunion est presque instantanée ; aussi ce professeur conseille seulement l'emploi des aiguilles. Il se formera du tissu fibreux dans tous les points parcourus par ces corps ; aussi, dit-il, il faut larder pour ainsi dire ces tumeurs d'aiguilles : on peut en mettre chaque fois de quinze à vingt qu'on n'enlève que lorsque la suppuration est établie, parce qu'alors on peut les retirer sans craindre l'hémorrhagie ou la déchirure des tissus ; on peut ainsi, d'une manière successive, en placer des centaines. Parfois, dit-il, la guérison est si parfaite, qu'à peine il en résulte une cicatrice apparente. J'ai opéré l'année dernière, à Marseille, continue-t-il, une petite fille présentant à la lèvre inférieure une tumeur de cette nature : cette enfant a parfaitement guéri.

2° Cependant on en vient le plus souvent encore à la cautérisation ou à l'extirpation complète de la tumeur.

La cautérisation, à l'aide des caustiques surtout, doit être employée toutes les fois que la tumeur est peu volumineuse. Les craintes de M. Bégin ne sont pas fondées ce nous semble : on peut, en effet, mesurer assez bien l'action des caustiques, et la dégénérescence n'est pas à craindre si on a la précaution de détruire en entier la tumeur par une seule application du caustique. Cependant aux lèvres ce moyen sera rarement employé : puisqu'il en résulte une perte de substance, il vaut mieux qu'elle soit le résultat de l'instrument tranchant ; on pourra mieux réunir alors les parties.

Enfin, les tumeurs érectiles peuvent être enlevées, soit par la ligature, soit par l'instrument tranchant ; la ligature ne pourra être employée que pour des productions peu volumineuses, pédiculées ; aussi ne sera-t-elle pas employée aux lèvres : ici l'instrument tranchant est

préférable. Le mode opératoire sera différent suivant le volume de la tumeur, sa position à la lèvre, etc. Mais une règle qui ne doit jamais être oubliée, que l'on doit toujours suivre, c'est que le bistouri devra être porté à une certaine distance du siége du mal, sur des parties entièrement saines ; on ne s'expose pas ainsi à voir le mal se reproduire plus tard, et, en second lieu, des hémorrhagies ne viennent pas entraver la marche des opérations.

Enfin, l'homme de l'art est tous les jours consulté par des malheureux qui ont la lèvre inférieure envahie en partie ou en totalité par des ulcères cancéreux : je dis la lèvre inférieure, car tout le monde connaît la prédilection du bouton chancreux pour cette partie de la face. Il est rare, en effet, de voir la lèvre supérieure affectée primitivement lorsqu'elle est malade : ce n'est que par suite du progrès du mal de la partie inférieure à la partie supérieure. Que si nous avons avoué notre ignorance quant aux causes probables des tumeurs érectiles, nous pourrons en faire autant pour celles qui occasionnent le cancer, cette dégoûtante maladie. Cependant un fait certain, c'est que les ulcères cancéreux s'observent surtout chez la classe pauvre : c'est que de petits boutons qui pourraient rester fort long-temps stationnaires, ou même ne dégénérer jamais en cancer, en viennent à cette terminaison fâcheuse et par les attouchements répétés d'abord, et plus tard par une foule de topiques irritants qui sont mis en usage.

Ainsi donc, c'est ordinairement par un bouton, par une espèce de verrue que commence le cancer des lèvres; d'autres fois la maladie se présente d'abord sous l'apparence d'une légère desquammation de la peau ; dans quelques cas, il débute par un endurcissement de la lèvre : dans cette circonstance, la peau se fronce inégalement sur elle-même ; la membrane muqueuse prend une teinte violacée ; la tumeur est irrégulière, inégale, bosselée. On lit dans Boyer que Ledran a vu à la lèvre supérieure une tumeur de ce genre, d'où s'élevaient comme d'un centre plusieurs excroissances en forme de rochers. Quelle que soit sa forme primitive, la tumeur finit par s'ulcérer : le plus souvent alors on voit un large ulcère occupant une partie ou la totalité de la lèvre inférieure, se présentant sous l'aspect d'un champignon à surface grisâtre, à bords

renversés ; un ichor fétide en découle ; il s'en exhale une odeur insupportable ; parfois pourtant il n'existe pendant quelque temps qu'un petit ulcère à surface tantôt rouge et lisse, tantôt couverte d'une croûte sèche et grisâtre qui se détache facilement, mais qui se reproduit bien vite : cet ulcère peut rester stationnaire pendant long-temps, et puis s'accroître avec rapidité, mais le plus souvent ses progrès sont rapides. Il semble que la marche soit lente tant que la muqueuse labiale n'a pas été envahie ; mais une fois cette limite franchie, les progrès sont ordinairement rapides : du reste, nous verrons tout à l'heure de quelle importance est cette muqueuse dans le traitement, et combien les résultats de l'opération sont différents, selon que la lèvre nouvelle qui a été faite est ou non tapissée par une membrane de cette nature. Dès le début, il n'existe assez souvent aucune douleur dans la petite tumeur : ce n'est que plus tard que des douleurs lancinantes se font sentir. Il n'est pas étonnant alors que les malades s'affaiblissent journellement, soit par suite de l'insomnie, résultat de ces douleurs, soit par suite de la perte de salive qui a lieu le plus fréquemment. En effet, l'ulcère ayant détruit une grande partie de la lèvre inférieure, le fluide salivaire s'écoule continuellement ; et les progrès du mal et la perte de ce liquide ne tardent pas à amener le marasme et la mort.

Il est ordinairement facile de reconnaître la nature de l'ulcère des lèvres que porte un individu qui vient se confier à vos soins : les circonstances antérieures, l'état actuel de la plaie, les douleurs lancinantes, l'inefficacité des remèdes adoucissants, comme de tous les autres moyens thérapeutiques, ne peuvent laisser de doute dans l'esprit. Cependant, au début de la maladie, il peut exister de l'incertitude sur la nature du mal. On a bien cherché à distinguer les boutons chancreux des boutons qui ne paraissent pas propres à dégénérer : on donne pour caractères aux premiers d'avoir une base large, une circonférence irrégulière, une couleur blanc jaunâtre, une surface lisse, luisante ou cornée, ne donnant jamais naissance à des poils ; les seconds, au contraire, ont une base plus ou moins resserrée avec une espèce de collet : leur surface donne souvent insertion à quelques poils ; leur structure est molle, celluleuse et vascu-

laire. Malgré cette distinction, le chirurgien restera le plus souvent en suspens toutes les fois qu'il n'aura sous ses yeux qu'un petit bouton.

Dans cette affreuse maladie, la chirurgie seule est puissante; la thérapeutique ne possède aucun médicament propre à modifier ce tissu, à changer l'état morbide de la lèvre; l'ablation seule du mal par l'instrument tranchant peut en arrêter les progrès : heureux si l'opération était toujours suivie d'un succès durable! Néanmoins, il faut l'avouer, les cancers de la face, une fois bien enlevés, ne se reproduisent pas aussi souvent que ceux des autres parties du corps : dans ces dernières années, les opérations de la face ont fait des progrès immenses. Qu'on consulte, en effet, les ouvrages de Sabatier, de Boyer : on verra que, pour eux, il n'existe qu'une seule méthode pour enlever les cancers des lèvres; l'incision en V était seule pratiquée. Et Louis était bien plus arriéré, lui qui voulait que le chirurgien se contentât d'enlever le mal sans corriger la difformité, c'est-à-dire en laissant une partie de la mâchoire à nu. Aujourd'hui une foule de procédés ont été inventés; on conçoit du reste que l'étendue, la position de l'ulcère, devront faire varier le mode opératoire. C'est ainsi que, si le mal a peu d'étendue, peu de profondeur, il pourra être facilement enlevé à l'aide d'un coup de ciseau courbe, comme le faisait Dupuytren, comme le pratique encore M. Lallemand. L'abcès est-il plus profond? une incision en V sert à circonscrire le mal; les deux bords de la nouvelle solution de continuité sont ensuite mis en rapport : la réunion a lieu facilement; car, soit dit en passant, il est rare de voir les différentes restaurations de la face échouer, ou bien être suivies d'accidents graves. Que si le mal a envahi toute la lèvre inférieure, ce mode opératoire ne peut plus être mis en usage; il faut reconstruire une nouvelle lèvre de toute pièce : un des plus anciens procédés employés dans ce but est celui de Chopart.

Deux incisions parallèles faites en dehors de la maladie, descendent du bord libre de la lèvre jusque dans la région sus-hyoïdienne; ce large lambeau, à base inférieure, est détaché de la lèvre vers le cou. Les parties malades sont retranchées par une section transversale; la tête est abaissée, le reste du lambeau est élevé jusqu'à ce que son bord libre

soit de niveau avec ce qui reste de la lèvre : il est fixé dans ce point par la suture entortillée.

On peut, d'après M. Roux de S[t]-Maximin, enlever par une section demi-circulaire toute la partie cancéreuse de la lèvre ; le bord inférieur de la plaie est alors soulevé, détaché de la mâchoire inférieure et de la région sus-hyoïdienne du cou ; on forme ainsi un large tablier qui est ensuite remonté jusqu'à une hauteur convenable, et fixé dans cette situation au moyen de bandelettes agglutinatives et du bandage unissant.

A l'exemple de M. Lisfranc, on peut, après avoir emporté les parties malades, faire descendre, de la portion moyenne de la plaie, une incision perpendiculaire qui gagne la région sus-hyoïdienne ; puis, les parties latérales des deux lambeaux étant disséquées, on les élève, les réunit, et on les maintient au niveau des commissures de l'ouverture buccale.

Par le procédé de M. Malgaigne, la nouvelle lèvre est garnie d'une muqueuse ; le cancer est emporté par une incision en V ; on prolonge en dehors les deux commissures labiales ; on dissèque à droite et à gauche les deux lèvres de la plaie ; on les rapproche et on les réunit sur la ligne médiane. Parfois les lambeaux ont de la peine à se rapprocher assez pour se réunir : dans ce cas, on peut faire des deux côtés une incision perpendiculaire à la muqueuse qui permettra alors le rapprochement.

Voilà plusieurs procédés proposés et mis en usage ; il peut se présenter des cas qui réclament l'exécution spéciale et exclusive de chacun d'entre eux. Cependant le plus souvent le procédé de Lisfranc, ou mieux celui de Malgaigne, devront être mis en usage. Après l'opération suivant la méthode de Chopart, le lambeau se contracte, revient sur lui-même, se recoquille à tel point que la lèvre est très-incomplète, et que souvent même la salive ne peut pas être retenue. Delpech voulant empêcher le lambeau de se recoquiller, avait eu l'idée de retourner en dedans une partie de ce lambeau, partie qui aurait servi de muqueuse, et il disait qu'il ferait toujours des lèvres régulières s'il avait des muqueuses. Cependant on peut, dans certains cas, éviter l'inconvénient attaché au procédé de Chopart ; nous avons vu qu'assez souvent la muqueuse labiale était saine ; dans ces circonstances, on pourrait, à l'exemple de Dieffenbach, du professeur Serre, séparer la partie malade de la muqueuse qui serait

conservée, et qui servirait ainsi à doubler le lambeau quadrilatéral pris dans la région sus-hyoïdienne. Cette nouvelle lèvre ainsi reconstituée ne peut pas se recoquiller; malheureusement il arrive plus fréquemment encore de rencontrer la muqueuse malade : ce mode opératoire est alors impossible. Dans ces cas, on doit avoir recours au procédé de Lisfranc, ou à celui de M. Malgaigne : par ce dernier mode opératoire, on a, il est vrai, une lèvre tapissée à l'intérieur d'une muqueuse, mais on peut manquer de matière, et alors le but n'est pas atteint; il reste une perte de substance. Par le procédé de M. Lisfranc, au contraire, on a toujours assez de parties pour reconstituer une nouvelle lèvre. Que si les lambeaux bien disséqués sont trop courts pour arriver au niveau de la bouche, il suffit d'une incision transversale dans la région sus-hyoïdienne pour en favoriser l'ascension à un degré considérable; enfin, il semble que ce procédé laisse sur la figure des traces à peine visibles. Cependant, malgré tous ces avantages, n'oublions pas l'inconvénient d'avoir une lèvre qui n'est pas garnie d'une muqueuse; tandis que, par le procédé de M. Malgaigne, la lèvre est reconstituée de toute pièce; aussi doit-on avoir recours, ce nous semble, à ce mode opératoire toutes les fois que le cancer n'est pas très-étendu, mais cependant qu'il l'est trop pour qu'on puisse se contenter d'un incision en V.

SCIENCES MÉDICALES.

Histoire anatomique du tissu fibreux de nouvelle formation.

Le tissu fibreux accidentel se rapproche beaucoup du tissu fibreux naturel, a dit Laënnec, dans le grand dictionnaire des sciences médicales; aussi, pour bien étudier ce tissu de nouvelle formation, nous semble-t-il indispensable de donner les principales qualités du tissu fibreux normal.

Toute partie fibreuse a pour base une fibre d'une nature particulière, dure, un peu élastique, presque pas contractile. Ces fibres sont réunies entre elles de différente manière : tantôt parallèlement, comme dans les tendons, les ligaments; tantôt obliquement et en différents sens, comme dans les membranes. La couleur du tissu fibreux est blanche en général. Ce tissu est solide, très-tenace, résistant le plus à la rupture. Sa nature n'est pas encore bien connue; on a cru qu'il se rapprochait du tissu musculaire. Ne pourrait-on pas admettre que ces filaments sont de nature cellulaire ? On est d'autant plus porté à embrasser cette opinion, que, par la macération, ce tissu se ramollit et se convertit en une matière muqueuse; enfin, le tissu fibreux est très-répandu dans l'organisme.

Nous pouvons en dire autant du tissu fibreux de nouvelle formation : c'est lui qui forme les cicatrices qui succèdent aux différentes solutions de continuité; c'est lui que l'on retrouve dans une foule de corps qui se forment de toute pièce si souvent au sein de l'économie. Ce peu de mots suffit pour montrer la marche que nous allons suivre dans l'étude anatomique de ce tissu; nous allons nous occuper d'abord des cicatrices qui succèdent aux solutions de continuité. Dans cette classe, nous trouvons qu'à la suite des amputations, l'extrémité du moignon est unie par un tissu fibreux uniforme qui a associé toutes les parties divisées. C'est aussi dans la

classe des cicatrices que nous examinerons ces cordons ligamenteux qui succèdent à l'oblitération d'un vaisseau quelconque; nous passerons ensuite en revue rapidement les différentes productions accidentelles qui se forment si souvent dans l'organisme, tels que kystes, tumeurs fibreuses, etc.

C'est à Delpech que nous devons les connaissances certaines que nous possédons sur la nature de la cicatrice ; voici la description qu'il en donne dans sa chirurgie clinique.

« Ce tissu est manifestement fibreux ; les fibres en sont d'un blanc mat; il n'a pas l'éclat des fibres des aponévroses, ni le satiné de celles des tendons ; mais il a toute la densité de ces mêmes tissus ; les fibres ne ressemblent, ni par leur couleur, ni par leur élasticité, aux tissus des ligaments jaunes ; elles ont beaucoup plus de consistance que le tissu fibreux de la seconde tunique des artères : ce tissu de nouvelle formation peut être comparé aux ligaments articulaires les plus forts; mais les fibres en sont disposées dans tous les sens ; ces mêmes fibres sont peu extensibles, et sont, au contraire, douées d'une force de contraction ou plutôt de rétraction qui n'obéit pas à la volonté, qui s'exerce d'une manière lente, mais constante, et qui n'a de terme que celui que peut lui opposer une résistance mécanique aussi puissante qu'elles. » Cette description du tissu fibreux accidentel, résultat de la formation d'une cicatrice, ne laisse rien à désirer.

On peut encore s'en former une idée en lisant la 6e livraison de l'anatomie pathologique du corps humain, publiée par le professeur Cruveilhier : les cicatrices, tissu accidentel, dit l'auteur, ont partout un caractère uniforme ; leur trame est fibreuse, aréolaire, quel que soit le tissu normal qui ait concouru à leur formation. Ce n'est pas, en effet, le tissu propre de l'organe divisé qui travaille à la réparation des solutions de continuité ; il en est incapable. Quel que soit donc le tissu divisé, muscle, nerf, cerveau, poumon, foie, etc., la cicatrice est toujours fibreuse, et jamais le tissu propre des organes ne se propage dans son épaisseur.

Ainsi donc, c'est un fait certain que les cicatrices ne sont formées que de tissu fibreux qui se rapproche beaucoup du tissu fibreux normal : ce tissu accidentel est formé, en effet, de fibres entre-croisées en divers

sens, présente toujours la même couleur à quelques nuances près ; cette couleur est blanche, même chez le nègre. Hunter cite l'exemple d'un vieux nègre qui, depuis sa jeunesse, portait une cicatrice blanche à la jambe. Cependant une différence remarquable existe entre le tissu fibreux normal et celui qui est le résultat d'une cicatrice : c'est que le premier n'est presque pas contractile, tandis que le second est doué d'une force de contraction ou mieux de rétraction très-considérable ; et cette force de rétraction d'une cicatrice ne doit pas être oubliée du médecin qui traite une brûlure un peu profonde; des difformités plus ou moins considérables peuvent être le résultat de son oubli ou de son ignorance. Du reste, on conçoit que ce tissu inodulaire, comme l'appelait Delpech, peut varier à l'infini, et par son étendue, sa direction, son épaisseur, sa densité.

A la suite des amputations, du tissu fibreux s'organise à l'extrémité du moignon, et associe toutes les parties divisées. Ce tissu accidentel des moignons a été très-bien étudié par Cruveilhier, qui n'a pas manqué d'en parler dans son anatomie pathologique, et de représenter la cicatrice disséquée. Nous avons été assez heureux nous-même pour étudier le moignon de la jambe, résultat d'une ancienne amputation. Voici ce que nous avons observé :

La peau du moignon est très-adhérente jusqu'à un ou deux travers de doigts de la coupe de la jambe ; elle est très-mince ; les muscles jumeaux sont pâles, décolorés et réunis par un tissu fibreux dense et serré ; le nerf sciatique poplité interne paraît plus gros que d'ordinaire, et se termine dans l'intervalle des jumeaux au milieu du tissu fibreux qui se trouve à l'extrémité du moignon ; il se termine à ce tissu accidentel par un renflement olivaire. La veine et l'artère poplitées représentent un cordon fibreux dans l'étendue d'un pouce et demi : du reste, toutes ces parties sont réunies par un tissu fibreux dense, serré. Le tibia et le péroné se terminent par une surface arrondie, conique ; cette extrémité de ces deux os est tout-à-fait formée de tissu compacte.

Qui ne sait que les artères, la veine ombilicale s'oblitèrent après la naissance, et se changent en cordons ligamenteux ? Ne voit-on pas tous les jours la ligature d'une artère être suivie de l'oblitération de sa cavité

et de sa transformation en cordon fibreux ? Il suffit, je pense, de mentionner ces cas de transformation de tissu, sans nous arrêter à en étudier la marche.

Quant aux cicatrices elles-mêmes, elles présentent presque toujours une surface sèche, alors même que le corps est en sueur : elles sont ordinairement dépourvues de poils, ou bien il n'en existe que quelques-uns, faibles et décolorés.

Mais ce tissu fibreux de nouvelle formation n'est pas, dans tous les cas, le résultat, soit d'une solution de continuité, soit d'une ligature; l'inflammation de certains tissus peut en amener la transformation et le passage à l'état fibreux. Une pleurésie ne guérit qu'à la condition de l'oblitération de la plèvre; mais, dans ce cas, il survient des adhérences; du tissu fibreux s'est organisé, et parfois le travail d'organisation, si je puis m'exprimer ainsi, a été poussé plus loin, et le tissu fibreux accidentel s'est successivement transformé en tissu cartilagineux, en tissu osseux. De véritables plastrons osseux ont été signalés plus d'une fois au-dessous des côtes; plus d'une fois aussi on a pu étudier ces transformations successives du côté du foie, du côté de la rate.

Ces transformations sont donc toujours le résultat de l'inflammation; et il est facile de concevoir que des phlogoses répétées amèneront la formation du tissu fibreux, puis du tissu cartilagineux, enfin du tissu osseux. Ce n'est que de cette manière qu'on peut expliquer la présence d'une véritable coque osseuse qui est venue remplacer la membrane fibreuse de la rate. C'est encore l'inflammation qui occasionne souvent la formation de ces kystes qui viennent entourer des corps étrangers contenus dans nos tissus; et ici nous pouvons faire la même remarque : c'est que ces poches, ces espèces de sacs sans ouverture peuvent parcourir une série de transformations depuis l'état cellulaire jusqu'à l'état osseux. On a eu donc tort de vouloir classer les kystes d'après leur organisation, et de distinguer des kystes séreux, cellulaires, fibreux, cartilagineux, osseux, ces mêmes kystes pouvant passer par ces différents états.

Mais du tissu fibreux accidentel se produit quelquefois de toute pièce, sans qu'aucune cause connue en ait amené la formation, sans qu'on puisse accuser le plus souvent une inflammation antérieure. Assez fré-

4

quemment, en effet, l'homme de l'art est appelé à examiner des tumeurs polypeuses qui n'ont été reconnues que par suite de leur volume ou des accidents qu'elles entraînaient; et pourtant ces polypes ont existé pendant un temps parfois assez long sans que le malade s'en soit aperçu. Du reste, ces tumeurs, de formes variées, présentent dans leur structure des fibres entrelacées en tout sens et très-analogues aux fibres des tendons : ce sont de véritables tumeurs fibreuses, se développant partout où le tissu fibreux abonde ; on les rencontre surtout du côté de l'utérus. Tant que l'inflammation ne s'en est pas emparée, qu'il n'y a pas eu de dégénérescence, ces polypes fibreux ont un aspect blanchâtre et une surface lisse ; ils sont ordinairement durs, d'une grande densité, fort élastiques.

Nous avons ainsi étudié d'une manière légère et rapide le tissu fibreux de nouvelle formation, et nous avons pu nous convaincre, en effet, que ce tissu accidentel se rapprochait beaucoup, par ses différentes qualités et propriétés, du tissu fibreux naturel. Nous avons vu encore que, quel que fût le tissu divisé, la cicatrice était toujours fibreuse. Cependant ne soyons pas trop exclusifs, et on pourrait nous accuser d'exclusivisme si nous admettions en entier l'opinion de M. Cruveilhier. Il est des cas, sans doute, où deux fragments d'un os ne se réunissent qu'à l'aide d'une partie fibreuse intermédiaire : il est même quelques os, rotule, olécrâne, qui présentent presque toujours ce mode de réunion, bien que, dans quelques cas, on ait obtenu un cal osseux; mais, dans la grande majorité des cas, il y a formation d'une nouvelle portion osseuse; il y a régénération; cependant il est bon de reconnaître que même alors la cicatrice osseuse a passé par différentes phases, et a parcouru l'état fibreux, cartilagineux, osseux.

FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER.

PROFESSEURS.

MM. CAIZERGUES ❋, Doyen.	*Clinique médicale.*
BROUSSONNET ❋ ✠.	*Clinique médicale.*
LORDAT ❋.	*Physiologie.*
DELILE ❋, Exa.	*Botanique.*
LALLEMAND ❋.	*Clinique chirurgicale.*
DUPORTAL ❋.	*Chimie médicale et Pharmacie.*
DUBRUEIL O. ❋.	*Anatomie.*
DELMAS ❋.	*Accouchements.*
GOLFIN.	*Thérapeutique et Matière médicale.*
RIBES.	*Hygiène.*
RECH ❋.	*Pathologie médicale.*
SERRE.	*Clinique chirurgicale.*
BÉRARD ❋.	*Chimie générale et Toxicologie.*
RENÉ.	*Médecine légale.*
RISUENO D'AMADOR ✠.	*Pathologie et Thérapeutique générales.*
ESTOR, Présid.	*Opérations et Appareils.*
BOUISSON.	*Pathologie externe.*

Professeur honoraire. M. Aug.-Pyr. DE CANDOLLE ❋.

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

MM. VIGUIER.
BERTIN.
BATIGNE, Exam.
BERTRAND.
DELMAS Fils, Exam.
VAILHÉ.
BROUSSONNET Fils.
TOUCHY.

MM. JAUMES.
POUJOL.
TRINQUIER.
LESCELLIÈRE-LAFOSSE.
FRANC.
JALAGUIER.
BORIES.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

SERMENT.

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés ; et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobres et méprisé de mes confrères, si j'y manque !